

Mandantenbrief

Die ambulant-stationäre Vernetzung

Chance für niedergelassene Ärzte

Status Quo Klinik

Der Gesetzgeber hat durch die Einführung der Integrierten Versorgung im Jahr 1999 und der DRG-Fallpauschalen im Jahr 2003 die Aufforderung zur ambulant-stationären Zusammenarbeit mehr als deutlich gestellt.

Die Erweiterung der Integrierten Versorgung und des ambulanten Leistungskataloges im SGB V mit der Einführung des GMG (Gesundheitsmodernisierungsgesetz der gesetzlichen Krankenversicherung) sollte den Druck auf die Krankenhäuser erheblich verstärken. Dies wurde durch das Einbehalten von 1% des KH-Budgets und die gestiegenen Anforderungen zur Begründung stationärer Operationen bzw. Aufnahmen auch erreicht. Erkennbar wird dies durch die deutliche Zunahme an Anträgen für die Integrierte Versorgung und die verstärkte Kooperationsbereitschaft bei der ambulanten Leistungserbringung, welche z.B. im Bereich des Ambulanten OP durch einen stationären Betrieb nicht kostendeckend erbracht werden kann, so dass nur die Auslagerung an den ambulanten Sektor verbleibt.

Die Vergütung über Fallpauschalen (DRG) bedeutet für Kliniken eine

Steigerung an Fallzahlen, um das bisherige Zielbudget zu erreichen. Diese Fallzahlsteigerung ist nur durch eine enge Bindung an die niedergelassenen Ärzte zügig sicherzustellen, auch wenn die zunehmenden Klinikschließungen ein Übriges hierzu beitragen.

Eine erhöhte Anzahl an Aufnahmen und Entlassungen bedeutet jedoch höhere Kosten, verstärkte Belastung der Ressourcen, Zunahme an Fehleinweisungen und Dokumentationsfehlern sowie eine verstärkte Unzufriedenheit beim Patienten.

Konsequenzen für die Klinik

Der Gesetzgeber hat somit den Kliniken keinen Spielraum mehr gelassen. Krankenhäuser müssen den Prozess der stationären Versorgung mit den niedergelassenen Ärzten abstimmen, um über die Auslagerung der Vordiagnostik, die ambulant-stationäre Abstimmung der Programmplanung des stationären Versorgungsprozesses zur Verkürzung der Liegezeiten und die Nutzung von Geräte-, Personal- und räumlichen Ressourcen erheblich die Kosten zu reduzieren.

Die Fallpauschalen sind in ihrer Vergütungsstruktur bereits so ausgerichtet, dass derartige Effizienzen erwartet werden.

Die zudem verstärkten Anforderungen an die Dokumentation und der hiermit verbundenen Sicherung der Einnahmen sind ebenfalls nur in Abstimmung mit den niedergelassenen Vertragsärzten umsetzbar.

Chefärzte die sich bisher vermehrt um ihre ambulanten und privaten Leistungsspektren bemüht haben, da diese zusätzliche Vergütungen erwirtschaften, sind für eine Klinik kaum noch finanzierbar.

Wenn z.B. ein Chefarzt durch die Leistungserbringung der ambulanten Endoskopie keinen ausreichenden Deckungsbeitrag erwirtschaften kann, jedoch verhindert, dass ein niedergelassener Gastroenterologe auf Grund der Konkurrenz nicht zuweist und somit dem Haus 100 kolorektale Carcinome als DRG-Pauschalen entgehen, verliert das Krankenhaus über 500.000 Euro im Jahr.

Durch die Einführung der medizinischen Versorgungszentren werden Kliniken nun in die Lage versetzt, selber ambulante Vertragssitze zu erwerben, diese mit angestellten Ärzten aus dem eigenen Kollegenkreis zu besetzen und als 100 % Tochter in einer Organschaft zu führen. Personal und Geräte können ohne Umsatzsteuerbelastung zwischen ambulantem und stationärem Bereich nach Bedarf genutzt werden. Hierbei ist lediglich die Leistungserbringung des angestellten ambulanten Arztes über zwölf Stunden pro Woche für die Klinik zu vermeiden.

Folgende bisherige Hinderungsgründe der ambulant-stationären Versorgung werden hierdurch weitestgehend vermieden:

- Leistungsumfang
- Professionalität der Versorgungskette
- Medizintechnischer Standard
- Datentransfer und EDV
- Kommunikation

Kliniken werden vermehrt die Chance nutzen, eine Schwerpunktversorgung ambulant-stationär auch unter Einbeziehung des zusätzlichen Budgets der Integrierten Versorgung anzubieten.

Lediglich die Angst vor reduzierten Einweisungen über die niedergelassenen Ärzte hindert im Moment viele Kliniken, sich für jeden Fachbereich eine ambulante Schnittstelle unter ihre eigene Trägerschaft zu bringen.

Tatsächlich leiden heute bereits einige Kliniken mit medizinischen Versorgungszentren unter reduzierten Einweisungen.

Wenn jedoch die Kliniken die Schwerpunkte ausgebildet haben, und durch erhöhte Attraktivität und der Zuweisung durch die Kassen voll ausgelastet sind, werden die Kliniken auch hier zunehmend vom ambulanten Markt unabhängig.

Status Quo und Konsequenzen für niedergelassene Ärzte

Somit besteht für niedergelassene Ärzte in verstärktem Maß die Notwendigkeit, zu den Versorgungsschwerpunkten der Klinik ein Gegengewicht aufzubauen und mit dieser Stärke Aufgaben auch für die Klinik zu übernehmen. Nur wenn die Klinik einen starken Versorgungspartner z.B. in Form eines ambulanten schwerpunktversorgenden MVZ in der Region vorfindet, wird diese auf den Aufbau eigener ambulanter Versorgungsbereiche verzichten.

Ein anderes Mittel sind Facharztnetze, die sich gegen die alleinige Versorgungsmacht der Kliniken positionieren.

Durch diese organisierte Stärke können niedergelassene Ärzte auch zunehmend stationäre Aufgaben übernehmen, wie z.B. die Erbringung stationärer OPs (Wirbelsäulenchirurgie), Visiten und Vordiagnostik.

Neben den Einnahmen aus der Klinik kann hierüber auch die Positionierung gegenüber Privatpatienten bzw. Selbstzahlern optimiert werden.

Weitere Übernahmen an Leistungsspektren sind aus dem ambulanten Bereich für die Klinik absolut notwendig. Hierzu gehören die ambulanten Operationen, ambulante Endoskopie, Outsourcing des Labors, der Mikrobiologie und der Radiologie. Recht häufig entstehen bereits heute in Deutschland zwischen Kliniken und niedergelassenen Ärzten gemeinsam

geführte Gastroenterologie-, Wirbelsäulen- und Endokrinologiezentren.

Seit der Einführung des EBM 2000+ und der geplanten Einführung der morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumina sind erhebliche Reduktionen für die gesetzliche Leistungserbringung zu erwarten bzw. bereits deutlich zum Vorschein getreten.

Reduktion der Personal-, Geräte- und Raumkosten sind neben der Gestaltung von Verträgen der Integrierten Versorgung und einer Ausweitung der Selbstzahlermedizin vorausgesetzt.

Selbstverständlich wird auch die Beteiligung an der stationären Versorgung erwartet, welche entweder über die Integrierte Versorgung bzw. über das stationäre Budget vergütet wird.

Empfehlung

Niedergelassenen Ärzten empfehlen wir zu prüfen, welche Möglichkeiten bestehen, sich in Form von medizinischen Versorgungszentren, Facharztnetzen oder über die Integrierte Versorgung zu organisieren und für Patienten hoch attraktive Versorgungsschwerpunkte anzubieten.

Anschließend bzw. parallel sollte die Kooperation zu Kliniken gesucht werden, um stationäre Leistungsspektren zu übernehmen und die Entwicklung der ambulanten

Leistungsausweitung an Kliniken
nicht an Dritte abzugeben.

Unbedingt erforderlich ist die Ausweitung auf den Markt der Selbstzahler und Privatpatienten, was lediglich über Investitionen in Räumlichkeiten und den Aufbau von fachübergreifenden Schwerpunkten eine langfristige Chance auf Erfolg hat.

Auch hier können Kliniken geradezu ideale Partner darstellen. Nur so können notwendige Kostensenkungen und Erweiterung von Ertragssäulen erreicht werden.